

Editorial



Nach wortreichen Ankündigungen soll es nun Realität werden: Der Bundesrat hat mit seiner Strategie zur Kostendämpfung im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) begonnen. Mit der Einführung eines Globalbudgets für den ambulanten Bereich und der generellen Verschiebung verschiedenster Behandlungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor, schafft er nicht nur zusätzliche Schwierigkeiten für uns Ärzte, sondern schadet vor allem auch den Patienten. Denn diese zählen darauf, die bestmögliche Versorgung zu erhalten. Dies kann so nicht mehr immer garantiert werden, denn faktisch werden die Massnahmen des Bundesrats zu einer Rationierung führen.

Das Schweizer Gesundheitssystem schneidet im internationalen Vergleich in den letzten Jahren mit Bestnoten ab – kaum ein Land bietet eine umfassendere Versorgung und eine bessere Qualität an. Trotzdem vergleicht der Bundesrat die Kosten des Schweizer Gesundheitssystems mit den Ausgaben in Ländern, welche der Schweiz in Sachen Qualität niemals das Wasser reichen können. Das ist nicht zielführend.

Selbstverständlich muss die Kostendiskussion geführt werden. Dass die Krankenkassenprämien seit über 20 Jahren stetig ansteigen und mittlerweile auf dem Sorgenbarometer regelmässig den ersten Platz einnehmen, zeigt den Handlungsbedarf. Allerdings gehen Bundesrat und Verwaltung diese Diskussion völlig falsch an. Zu meinen, wenn man in einem schon überaus stark regulierten Bereich zusätzliche staatliche Auflagen schaffe, führe dies zu einer Senkung der Gesamtkosten, ist abenteuerlich.

Dort, wo es möglich ist, sollen Wettbewerb und Transparenz geschaffen werden. So muss zum Beispiel die Mehrfachrolle der Kantone im Spitalbereich hinterfragt werden: Wer Spitäler betreibt, kann nicht gleichzeitig Regeln aufstellen, Tarife festsetzen und die ganze Mechanik auch noch überwachen wollen. Auch die Qualitätsdiskussion darf nicht praxisfern geführt werden: Für die Erreichung möglichst hoher Qualitätsstandards können nicht Bundesangestellte in Amtsstuben verantwortlich sein. Für diese Aufgabe sind Ärzte und Spitäler prädestiniert, welche auch ein virulentes Interesse daran haben, qualitativ einwandfreie Dienstleistungen zu erbringen.

Die FMP kämpft für ein wettbewerbliches Miteinander – und damit auch für eine Ärzteschaft, welche bereit ist, Verantwortung zu übernehmen. Ärzte sind keine Staatsangestellte – und das soll auch so bleiben. Fazit: Der Bundesrat muss nochmals über die Bücher. Wir werden die weitere Diskussion kritisch mitverfolgen.

Die FMP kämpft für ein wettbewerbliches Miteinander – und damit auch für eine Ärzteschaft, welche bereit ist, Verantwortung zu übernehmen. Ärzte sind keine Staatsangestellte – und das soll auch so bleiben. Fazit: Der Bundesrat muss nochmals über die Bücher. Wir werden die weitere Diskussion kritisch mitverfolgen.

Dr. med. Gerardo Maquieira
(Präsident FMP)

Fünf Punkte für eine zielführende, zukunftsfähige Gesundheitspolitik

Stärkung der selbständigen ärztlichen Tätigkeit

Ein gut funktionierendes Netzwerk zwischen selbständigen Grundversorgern und in der Praxis tätigen Spezialisten trägt wesentlich zu einer Kosteneffizienz und zu hochstehender Qualität bei.

Heute können in der Schweiz nicht mehr genügend Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden, um die Bedürfnisse der Bevölkerung abzudecken. Darum ist sicherzustellen, dass Schweizer Medizinstudentinnen und Medizinstudenten in der Schweiz studieren können.

Hingegen sind die Zulassungsbedingungen für die Selbständigkeit als Arzt oder Ärztin in der Schweiz klarer zu definieren und die freiberufliche Arztstätigkeit zu fördern. Bei erfüllten Qualitätsbedingungen müssen in der Schweiz ausgebildete Ärztinnen und Ärzte freien Zugang zu einer selbständigen Tätigkeit haben.

Weniger Bürokratie – mehr Zeit für die Patienten

Statistische Bedürfnisse sowie Wirtschaftlichkeits- und Tarifkonformitätskontrollen vergrössern die Bürokratie im Gesundheitswesen seit Jahren. Als Arzt und Ärztin sollte man seine Zeit jedoch primär für die Patienten einsetzen und nicht mit dem Ausfüllen von Formularen verbringen. Rückfragen der Versicherer sollen adäquat entlohnt werden. Die Versicherer sollen aus Datenschutzgründen primär ihre Patienten für Rückfragen in Anspruch nehmen.

Gerechte Entschädigung der ärztlichen Leistung

Die verschiedenen bestehenden Abrechnungsmodelle führen mitunter zu Fehlanreizen. Es gilt, aufgrund besserer betriebswirtschaftlicher Gewichtungen neue Lösungen zu finden. Die gleiche Leistung ambulant und stationär sollte gleich vergütet werden.

Für operative Leistungen können Pauschaltarife (ambulant und stationär) sinnvoll sein. Pauschaltarife bauen auf Fallpauschalen auf. Mit dieser Tarifstruktur haben erfahre-

ne und effizient arbeitende Ärzte Vorteile. Pauschaltarife fördern eine gute Organisation und durchdachte Arbeitsabläufe. Das Krankenversicherungsgesetz sieht vor, dass die parallele Anwendung von Pauschal- und Einzelleistungstarifen möglich ist. Während sich Pauschalen für die häufigsten Eingriffe eines Fachgebietes eignen, braucht es für die übrige ärztliche Tätigkeit einen Einzelleistungstarif.

Interessenkonflikte vermeiden – einheitliche Finanzierung anstreben

Unnötige stationäre Spitalbehandlungen verursachen Kosten. Im internationalen Vergleich sind die stationären Kosten in der Schweiz mit 40 Prozent an den gesamten Gesundheitskosten übervertreten.

Mit einer monistischen Spitalfinanzierung soll deshalb die Effizienz der gesamten Gesundheitsversorgung erhöht und Interessenkonflikte der öffentlichen Hand beseitigt werden. Allerdings ist bei der Einführung der monistischen Spitalfinanzierung auf eine demokratische Kontrolle der finanzierenden Hand zu achten.

Bewusstseinswerdung, was für die Solidargemeinschaft noch zahlbar ist

Ständig steigende Krankenkassen-Prämien belasten den Solidaritätsgedanken und führen so zu immer noch höheren Prämien. Die Anspruchshaltung der Patienten gegenüber den Leistungserbringern nimmt zu. Nicht mehr der individuelle Vertrag zwischen Patient und Versicherung und die Bedürfnisse des Patienten stehen im Zentrum des Gesundheitswesens, sondern der behördlich festgelegte Leistungskatalog, welcher hohe Kosten verursacht.

Der wissenschaftliche Fortschritt führt zu längerer Lebenserwartung bei besserer Lebensqualität. Dieser demographische Wandel führt erwartungsgemäss zu steigenden Kosten. Die Politik darf sich nicht davor drücken, den Leistungskatalog auch in diesem sensiblen Bereich stets kritisch zu hinterfragen mit Blick auf Kosten und Ertrag.

Editorial



Après de nombreuses paroles on passe enfin aux actes: le Conseil fédéral a lancé sa stratégie de réduction des coûts de la santé en révisant la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). L'introduction d'un budget global dans le domaine ambulatoire et le transfert général de divers traitements du secteur stationnaire vers l'ambulatoire ne créent pas seulement de nouvelles difficultés pour les médecins, mais nuisent surtout aux patients. Ces derniers espèrent en effet obtenir les meilleurs soins possibles. Cette attente risque d'être déçue à l'avenir, car dans la pratique les mesures du Conseil fédéral conduisent à un rationnement.

Le système de santé suisse s'est toujours classé en tête des comparaisons internationales de ces dernières années, car il n'existe guère d'autres pays offrant un approvisionnement plus complet et une qualité médicale plus élevée que la Suisse. Ce fait n'empêche pas le Conseil fédéral de comparer le coût du système de santé helvétique à celui de pays qui, en termes de qualité, sont largement inférieurs à la Suisse. Cette façon de procéder n'est certainement pas pertinente.

Il va de soi que le coût de la santé doit être débattu. La constante augmentation des primes d'assurance-maladie depuis plus de 20 ans et la première place que ce problème occupe régulièrement au baromètre des préoccupations de la population indiquent clairement qu'il faut agir. Cela dit, la démarche choisie par le Conseil fédéral et l'administration est totalement erronée. Il est pour le moins téméraire de croire que des interventions supplémentaires de l'Etat dans un domaine déjà fortement réglementé apportent une baisse du coût global.

La concurrence et la transparence doivent être imposées dans les secteurs qui s'y prêtent. Il s'agit notamment de remettre en question le rôle multiple que les cantons jouent dans le domaine hospitalier. Comment tolérer qu'un exploitant d'hôpitaux puisse aussi imposer ses règles, fixer les tarifs et, de surcroît, surveiller tout le mécanisme? Le débat sur la qualité doit lui aussi être mené sur une base réaliste: des fonctionnaires fédéraux installés dans leurs bureaux de Berne ne sauraient être responsables de la réalisation de standards de qualité aussi élevés que possible. Les médecins et hôpitaux sont prédestinés à assumer cette tâche, car ils ont aussi un intérêt fondamental à produire des prestations de service qualitativement impeccables.

La FMP se bat pour une saine concurrence, donc aussi pour un corps médical qui est prêt à prendre ses responsabilités. Les médecins ne sont pas des employés d'Etat – et cela doit rester ainsi. Conclusion: le Conseil fédéral doit remettre son ouvrage sur le métier. Nous observerons d'un œil critique la suite de cette discussion.

Dr. med. Gerardo Maquieira
(Président FMP)

Cinq points pour une politique de la santé efficace et porteuse d'avenir

Renforcer l'activité médicale indépendante

Un réseau performant réunissant les fournisseurs de soins de base et les praticiens spécialistes apporte une contribution déterminante à un bon rapport coût-utilité et à une qualité élevée.

Aujourd'hui, la Suisse n'est plus capable de former suffisamment de médecins pour couvrir les besoins de la population. Il faut donc garantir que des étudiantes et étudiants en médecine suisses puissent faire leurs études en Suisse.

En revanche, les conditions d'admission suisses pour les médecins indépendants doivent être plus clairement définies et l'activité médicale indépendante doit être soutenue. A condition de répondre aux critères de qualité, les médecins formés en Suisse doivent pouvoir accéder librement à une activité indépendante.

Moins de bureaucratie – plus de temps pour les patients

Les exigences statistiques tout comme les contrôles de l'économicité et de la conformité tarifaire alourdissent depuis de nombreuses années la bureaucratie médicale. Or, le médecin doit consacrer son temps en priorité aux patients et non pas au remplissage de formulaires. Les réponses aux questions des assureurs doivent être équitablement indemnisées. Pour des raisons de protection des données, les assureurs doivent en priorité s'adresser aux patients pour obtenir les informations dont ils ont besoin.

Indemnisation équitable des prestations médicales

Les différents modèles de décompte appliqués actuellement génèrent parfois des incitations contreproductives. Il faut trouver de nouvelles solutions en procédant à des pondérations économiques plus judicieuses. La même prestation ambulatoire ou stationnaire doit être indemnisée de la même manière.

Des tarifs forfaitaires peuvent être utiles pour rétribuer les opérations (ambulatoires et stationnaires). Une telle structure tarifaire avantage les médecins expérimentés et travaillant

de manière efficace. Les tarifs forfaitaires favorisent une bonne organisation et des processus de travail bien réfléchis. La loi sur l'assurance-maladie permet l'application parallèle de tarifs forfaitaires et individuels par prestation. Alors que les forfaits conviennent aux interventions les plus fréquentes dans une spécialité, les autres activités médicales doivent être rétribuées sur la base d'un tarif individuel par prestation.

Eviter les conflits d'intérêts – viser un financement uniforme

Des traitements stationnaires inutiles en hôpital provoquent des coûts. En comparaison internationale, les coûts stationnaires suisses sont disproportionnées avec une part de 40% au coût total de la santé.

Un financement hospitalier moniste augmenterait l'efficacité de tout l'approvisionnement médical et supprimerait les conflits d'intérêts au niveau des pouvoirs publics. Toutefois, l'introduction d'un financement hospitalier moniste exige un contrôle démocratique de la source de financement.

Prendre conscience des limites du supportable pour la communauté solidaire

La hausse constante des primes d'assurance-maladie mine l'esprit de solidarité, provoquant à son tour une augmentation constante des primes. Les exigences des patients face aux fournisseurs de prestations médicales se renforcent. Le système de santé n'est plus déterminé par un contrat individuel entre le patient et l'assurance et par les besoins du patient, mais il se fonde principalement sur un catalogue de prestations fixé par l'Etat et provoquant des coûts élevés.

Le progrès scientifique accroît l'espérance de vie tout en améliorant la qualité de la vie. Ce changement démographique augmente forcément les coûts. L'autorité politique doit avoir le courage de soumettre régulièrement à un contrôle critique le catalogue des prestations même si la chose est délicate, car elle a le devoir de veiller à un rapport coût-utilité raisonnable.